

LA LETTRE D'AFRICA LUZ

19

SOLIDARITÉ OPHTALMOLOGIQUE INTERNATIONALE • AVRIL 2014

Éditorial p.2
Africa Luz 2014



Le mot du président p.3
Chers Amis...



Sur le terrain p.4
Reflexions de
cinq chirurgiens



« La Lettre d'Africa Luz »

5, rue Chaptal 34000 Montpellier
53, rue Gambetta - 64500 Saint-Jean-de-Luz
Tél. : 06 81 15 53 84 - 05 59 24 06 14

Directeur de la publication:

Dr Vincent Philippot

Rédaction: Dr Jean-Louis Douenne,
Dr Vincent Philippot, Pantxika Hermandorena

Photos: DR - Conception: DDBZ

Impression: DDBZ / Saint-Jean-de-Luz



Africa Luz 2014

En 1991, Africa Luz a été créée non pas pour instituer une ONG de plus, mais pour tenter de faire émerger quelques idées qui n'étaient pas alors de mise dans nombre des organisations sœurs.

Les principes fondateurs furent le respect de la souveraineté des pays où nous intervenions, et la préoccupation de toujours veiller à préserver la dignité de nos patients déshérités.

Partant, nous voulions instituer un devoir de modernisation de nos méthodes et un retour à une certaine normalité au regard de certaines pratiques

Les grandes institutions émanant des états considéraient l'Afrique comme leur pré carré et s'arrogeaient le droit de modifier les règles à leur guise. Ainsi, le cursus prévoyait d'octroyer de très larges prérogatives aux infirmiers spécialisés en ophtalmologie, en matière de diagnostic et de chirurgie. Après avoir écouté les réserves de nos confrères africains, nous décidâmes de placer en préambule la subordination des paramédicaux aux médecins, pressentant ce

qui s'est confirmé dans la décennie suivante, à savoir la perte de contrôle.

Nous instaurâmes également le principe de l'implantation intra-oculaire, non sans nous être entendus objecter par des barons de l'humanitaire que les noirs n'avaient pas besoin d'y voir autant pour garder les chèvres...

Et le maître-mot de notre action est toujours resté de tenter de rester pertinents et crédibles. Ainsi, soucieux de faire progresser la chirurgie de la cataracte, nous avons longtemps réfléchi à la façon de diminuer la taille des incisions dans cette intervention, de manière à laisser des yeux solides au décours immédiat du geste, pour minimiser la fragilisation de l'œil et améliorer la sécurité post-opératoire.

Nous sommes restés réticents vis-à-vis de l'importation sur le continent africain de la méthode d'opération par phaco-émulsification qui est depuis les années 80 le standard en occident, à cause du coût et de la fragilité de la technologie requise.

Aussi, dans la droite ligne de ces principes qui ont depuis l'origine présidé à nos actions, sommes nous fiers de voir aboutir les efforts de Vincent Philippot, militant inlassable de la « phaco alternative », technique récente qui permet, pour un coup extrêmement modique, et sans aleva électroniques, de réduire drastiquement la taille de l'incision de cataracte. Il faut saluer ceux qui, s'inspirant des progrès réalisés grâce à la puissance technologique de nos nations évoluées, réussissent à adapter ces innovations, par leur capacité d'inventivité, au contexte des pays en voie de développement. Il faut témoigner du même respect envers ceux qui emploient toute leur énergie à la popularisation de ces avancées fondamentales.

Chapeau Vincent !

Docteur Jean Louis Douenne
Président Fondateur



Sur la route de Nouna

**Africa Luz remercie
le Conseil régional d'Aquitaine
pour son aide dans son action
au Burkina Faso.**



Chers Amis

L'année 2013 avait mal commencé pour Africa Luz, avec l'annulation de nos deux premières missions, à Kaya et à Fada n'gourma. L'intervention militaire Française au Mali rendait nos missions un peu plus craintives, sinon dangereuses.

Le climat politique au Burkina Faso restait cependant très rassurant, si bien que notre action humanitaire pouvait reprendre dès le mois de février 2013.

Certes les chirurgiens, en cette période, demeuraient plus frileux pour partir, ce qui est concevable.

La première mission de 2013, qui se déroulait à Boromo, restait calme et sereine. L'équipe de Gustave Paré, bien rodée, nous permettait d'opérer dans de très bonnes conditions.

L'année 2013 restera au final une très bonne année. Nous avons eu la joie d'intégrer dans l'équipe deux jeunes et brillants chirurgiens, le Docteur Diane Bernheim, 33 ans et le Docteur Mathieu de Bats, 36 ans. Deux jeunes recrues de grande valeur, excellents chirurgiens, très vite adaptés à la vie en Afrique noire et à nos méthodes de travail.

Bénévoles à 33 et 36 ans, notre équipe se rajeunit et c'est un grand bonheur pour les plus anciens qui voient arriver la relève ! L'année 2013 sera marquée également par le virage vers la Phaco alternative, technique chirurgicale de choix pour les pays en développement.

Un stage à Dakar, en juillet 2013, dans le service du Professeur Robert N'Dyaye, me permettra d'approfondir cette technique pour pouvoir la transmettre aux chirurgiens d'Africa Luz.

Les quatre missions suivantes que j'aurai le plaisir d'accompagner, seront une belle démonstration de la supériorité de cette technique.

Plus de 400 patients, atteints de cataracte totalement blanche seront opérés selon cette technique d'octobre 2013 à février 2014.

Je dois remercier chaleureusement les équipes d'ophtalmologistes qui se sont succédées durant ces quatre mois et ont accepté ce changement de technique chirurgicale.

Patients à Dedougou



Je remercie également les équipes d'infirmiers Burkinabé d'Orodara, de Boromo, de Kaya et de Dédougou, qui mettent toute leur énergie au service de ces missions pour leur totale réussite.

Je remercie enfin nos fidèles partenaires, nos fidèles donateurs qui contribuent à cette lutte permanente contre la cécité.

Souhaitons que le climat politique du Burkina Faso nous permette de continuer notre action humanitaire chez les populations les plus démunies.

Docteur Vincent Philippot
Président Africa Luz

OC SANTÉ

soutient AFRICA LUZ dans ses actions au Burkina Faso



Historique des Missions 2012-2013-2014

Mars 2012 - Site : ORODARA

Médecins
Drs Philippe et Sylvie Wespiser

Octobre 2012 - Site : DEDOUGOU

Médecins
Docteur Ghislaine de Ruyter
Dr Denis Berujeau

Novembre 2012 - Site : ORODARA

Médecins
Dr Fabienne Descour
Dr Danielle Martel Colomer

Février 2013 Site - BOROMO

Médecin
Dr Vincent Philippot

Novembre 2013 - Site : ORODARA

Médecins
Dr Fabienne Descour
Dr Sylvie Wespiser
Dr Philippe Wespiser
Dr Vincent Philippot

Décembre 2013 - Site : KAYA

Médecins
Dr Ghislaine de Ruyter
Dr Diane Bernheim
Dr Denis Berujeau
Dr Vincent Philippot

Février 2014 - Site : BOROMO

Médecins
Dr Mathieu de Bats
Dr Vincent Philippot

Février 2014 - Site : DEDOUGOU

Médecins
Dr Vincent Philippot

Soit un total :
> de 850 patients opérés
> 410 Phaco alternative
à partir de Nov 2013
> 440 extra capsulaire
avant nov 2013

Reflexions de cinq chirurgiens



Attente pré opératoire

Toutes les péripéties qui font partie du voyage, pannes d'essence, d'électricité, panne au milieu de la brousse dans un taxi pourri ! La Brakina du soir, partagée après une journée bien remplie, en grignotant une brochette d'agneau grillé ou de délicieuses arachides»

Julien Couillet

36 ans, 2 enfants de 4 ans ½ et 6 mois. Passionné de peinture, de jazz et de sport. 2

missions au Burkina

« Je crois que le moment le plus intense, c'est pour moi le premier jour, lorsqu'on découvre cette foule bigarrée de boubous multicolores, de vieux aveugles amenés par leur famille, de patients qui dorment là, à même le sol depuis la veille, pour attendre la consultation, certains étant venus à dos de mulet après plusieurs jours de marche... Il n'est pas rare de voir plus d'une centaine de personnes massées là, devant le dispensaire, dans une demande des soins très éloignée de nos habitudes occidentales. On est alors submergé par tant de confiance. Cela met une pression énorme et donne envie de se dépasser pour essayer de donner un peu de ce que nous. »

Mathieu de Bats

36 ans, 2 enfants, 7 et 16 ans.

Première mission avec Africa luz

« Honnêtement je n'ai passé que des bons moments avec Africa Luz. Mon meilleur souvenir : la mission toute entière. Ma plus grande joie a toujours été de voir les sourires des patients le lendemain de la chirurgie... et le soir venu, le plaisir de la Brakina bien fraîche après une journée bien remplie. »

Sylvie et Philippe Wespiser

58 ans, ophtalmologistes, trois enfants, 23, 26 et 33 ans.

Tous les deux passionnés de musique classique, cinéma, théâtre et contacts humains. Engagés dans Africa luz pour aider les plus démunis et faire profiter de leur expérience médicale et chirurgicale.

« Nos meilleurs moments ont été vécus lors de la dernière mission à Orodara avec la rencontre très agréables de nos deux accompagnants, Fabienne et Vincent. La mission a été superbe, avec de surcroît l'apprentissage d'une nouvelle technique, oh combien utile à tous. Et la leçon de chirurgie appliquée de Fabienne, qui malheureusement opère tellement vite que l'on a du mal à la suivre... que du bonheur. »

À la question : « Quel est votre meilleur souvenir lors d'une mission ? », voici les réponses de Cinq chirurgiens :

Fabienne Descour

41 ans, 2 enfants de 9 et 12 ans :

Passionnée de danse et de nature en général. 7 missions, 1 au Niger et 6 au Burkina.

« Difficile de raconter le meilleur moment, il y a eu tellement d'aventures ! Peut-être le changement radical de physionomie chez une dame aveugle dont le visage était complètement figé et qui avait le lendemain de la chirurgie un sourire qui lui mangeait le visage... Ou bien cette petite fille opérée d'un éclatement du globe et qui s'est jetée dans mes bras le lendemain de la chirurgie et m'a serrée fort contre elle... »



Mission à Orodara



Centrafrrique, Mali, Somalie, Soudan du sud... une Afrique à feu et à sang où les peuples se déchirent, faisant toujours plus de victimes. Pour des raisons ethniques, religieuses, économiques... toujours plus de malheureux ! Le Burkina Faso, au milieu de ce tumulte, résiste. Durant notre mission, musulmans catholiques, animistes, peu importe, nous avons travaillé ensemble, dans la joie de partager, de donner et de recevoir. Aucun d'entre nous n'épargne son énergie et quelque soit ses convictions.

Notre but est de rendre service à cette population si démunie qui toujours, comme partout, paie les frais des ambitions de ceux qui aspirent au pouvoir et à la domination. Encore un grand merci à tous nos

amis de Orodara, Georges, Issa et toute leur équipe et toutes les personnes de l'hôpital. Personnes admirables qui se sont dévoués sans compter, avec une générosité exemplaire. J'espère encore partager de grands moments avec vous et travailler longtemps avec vous.

Karim, toi qui nous recommande une vieille femme « Peul », insistant pour qu'on l'opère rapidement car tu as appris qu'elle vient de très loin et qu'elle n'a pas de quoi se nourrir durant son séjour...

Karim, garde cette tolérance intacte.

A mes amis Français, Philippe et Sylvie Wespiser, que j'ai découvert cette année, votre gentillesse, votre compétence, votre générosité ont été un vrai bonheur pour moi.

A mon cher Vincent que j'admire chaque année davantage. Tu n'as pas hésité à te lancer dans l'apprentissage d'une nouvelle technique afin de nous la transmettre. Cela demandait beaucoup de courage car il n'est pas facile d'aller vers l'inconnu. Mais tu l'as fait pour nous et pour tous les patients que nous prendrons en charge à l'avenir. Prends soin de toi.

J'espère de tout cœur que le peuple Burkinabé pourra profiter longtemps dans la paix de la richesse qu'offre sa diversité et à laquelle nous nous ressourçons à chaque mission.

Docteur Fabienne Descour
ophtalmologiste



Ma troisième mission au Burkina et retour à Orodara

Ophthalmologue médicale j'accompagne une prestigieuse équipe de 3 chirurgiens venus s'initier à la phakoalternative grâce à l'impulsion de notre vaillant et enthousiaste président Vincent Philippot qui s'est lui-même formé à Dakar cet été. Un sursaut d'orgueil patriotique nous anime : ne pas faire moins bien que les chirurgiens espagnols qui nous ont précédés et qui pratiquent cette technique avec dextérité au vu des contrôles post opératoires qu'il nous est donné de voir.

À notre arrivée à l'hôpital d'Orodara le lundi matin c'est l'immersion immédiate. 280 patients ont été convoqués par la prémission. Certains campent là depuis plusieurs jours et tous attendent docilement l'appel de leur nom faite au porte voix. Les premiers patients sélectionnés, le bloc se met en route pendant que je finis de voir les suivants en établissant un planning opératoire pour chaque jour. Du bloc j'apprends que très vite l'appréhension a cédé la place à l'enthousiasme

et que l'émulation réciproque affine la technique opératoire d'heure en heure. Le lendemain les résultats post opératoires sont à la hauteur de l'espoir suscité. Avec l'extracapsulaire pratiquée précédemment les suites étaient plus longues et plus hasardeuses pour ces patients qui repartaient souvent « dans la nature » !! Pour les autres, l'ablation des fils était éprouvante pour Issa et Georges, les infirmiers car les patients devenus « voyants » avaient très peur qu'on leur touche l'oeil opéré. Dès le

lendemain la cornée était claire et la plaie sclérale étanche sans fil. Que du bonheur !!!

Mais la réalité ophtalmologique africaine a aussi une face plus sombre, celle de la consultation quotidienne que je partage avec Issa. Des glaucomes terminaux, des tumeurs inopérables, des malformations oculofaciales, des dégénérescence maculaires, tous venus pour la réputation des médecins blancs qui opèrent et qui rendent la vue. Face à cet espoir je n'avais que mon impuissance à leur opposer. Quand un jour, très affectée par l'avenir d'un jeune peut aveugle à 15 ans (papilles blanches et tonus bilatéral à 50) j'ai dit mon désespoir à Issa : « ici moi je ne sers à rien, je ne peux rien pour eux », il m'a répondu : « Si, tu sers à ce qu'ils acceptent leur sort définitivement, et pour nous c'est d'une grande aide ! » Triste consolation... Je voudrais clore cet article en disant toute mon amitié et mon admiration à Vincent et à Fabienne que j'ai rencontrés pour la première fois et qui sont à mes yeux des personnes extraordinaires, à Philippe qui partage ma vie car, grâce à eux mes lendemains étaient à nouveau lumineux avec leurs magnifiques post op !

Docteur Sylvie Wespiser
ophtalmologiste

NOVEMBRE
2013



Issa et le Docteur Sylvie Wespiser



Mission à Kaya

Impression d'une jeune recrue...

Proche du Dr Fabienne Descour depuis longtemps et toujours subjuguée par ses aventures humanitaires, je me suis décidée à partir avec Africa Luz. Malgré mon petit bagage humanitaire au Maroc et au Cambodge, j'ignorais tout de l'Afrique noire... Et je n'ai pas été déçue !! J'aurais pu croire que le pays ne voulait pas de moi au début, avec un vol retardé, ma valise acheminée trois jours plus tard, mais c'était pour mieux me mettre dans le bain. Une fois sur place, arrivée après Guislaine et Denis, une bonne nuit au Co-cooning chez Dalila, je prenais le bus pour rejoindre l'équipe à Kaya. « Pas plus de 45 minutes de bus » m'avais répété Vincent, « sinon c'est que tu es déjà au Mali ». Tout le monde m'attendait à 9h... Après une heure de retard, l'arrimage des 20 scooters et des 38 valises sur le toit du bus, toutes les petites têtes noires plus une très blonde pensaient partir...

Mais nouvelle descente du bus. C'est la faute d'un pneu à plat : descente du matériel, récupération d'un pneu et enfin décollage. Même si le bus roulait à toute allure sur le bitume dégradé ou la latérite chaude, la moyenne était bien diminuée par les arrêts, à chaque place de marché, au cas où un passager ait subitement envie d'eau, de bananes, ou d'un téléphone mobile !! C'est 2h30 plus tard que j'ai reconnu Karim qui m'attendait sur cette place au centre de Kaya.

J'ai tout de suite été saisie par cette couleur rouge et chaude de la latérite. Les gens étaient à pieds ou à deux roues dans cette poussière permanente, l'air était lourd pour la Grenobloise qui quittait la neige !! A l'hôpital, j'ai retrouvé ma troupe qui avait déjà préparé le bloc opératoire. Ghislaine, habituée du Burkina, examinait les patients recrutés en pré-mission. Dehors c'était une myriade de couleur qui attendait !! Des dizaines de patients avec des boubous tous plus beaux les uns que les autres attendaient leur tour, l'espoir dans les yeux. Nous avons examiné au moins cent cinquante patients programmés pour une chirurgie de cataracte ou hélas contre-indiqués, si

le marabout était passé avant nous. Surprise de voir un cristallin à moitié tombé, j'interrogeais Ghislaine. Notre patient avait du certainement aller voir le « sidibé » qui avait réalisé un abaissement du cristallin à l'aiguille, technique égyptienne ancestrale, à l'aire du femto-cataracte...

L'après midi même, nous commençons à opérer. C'est avec passion que Vincent nous a transmis la technique de « phaco-alternative ». Habituee à mon bon microscope, à des cataractes modérées, à des instruments neufs et à la demande, à une technique maîtrisée et à des patients qui comprennent qu'il ne faut pas bouger, les premières heures furent une grande leçon d'humilité ! Heureusement, grâce au bon professeur et à ma grande motivation, c'est très rapidement que j'ai dominé la technique et commencé à enchaîner les patients aussi vite qu'en France !

Même si cette phaco-alternative m'avait séduite par sa simplicité matérielle et sa rapidité, c'est au contrôle le lendemain que j'ai été bluffée : les yeux étaient clairs, calmes, et peu douloureux. Je n'oublierai jamais ces premiers patients qui arrivés accompagnés, aveugles, sont rentrés seuls en salle d'examen. Un sourire illuminait leur visage, alors qu'ils ils répétaient « gay nas-sara !!! » (je vois la blanche). Enfin, le soir après une journée pleine d'émotions, la Brakina fraîche n'avait pas de prix !! Les jours sont passés à toute vitesse, nous découvrons un peu plus le personnel qui travaillait avec nous : Epiphane « le roi de l'anesthésie rétro bulbaire » avec sa lampe frontale, Benjamin « le blagueur », Adi « le stérilisateur le plus rapide de l'ouest », Marius « le major surbooké » et tous les autres. C'est avec plaisir que nous nous retrouvions à midi autour d'un riz, riz gras, ris sauce, riz arachide ou chic, des pâtes !!

Cette mission nous a tout de même permis de visiter le marché local, le marché aux bestiaux et de pique-niquer au bord du ma-

DÉCEMBRE
2013



Docteur Diane Berheim

gnifique lac de Dem. J'entends encore les rires de mes collègues quand je les ai interpellés pour leur montrer cette vache avec une tumeur... mon premier zébu !!

Mais, c'est le dernier jour que je me suis rendu compte de l'importance de notre mission. Nous devons revoir tous les patients opérés...cent vingt boubous assis, debout ou allongés nous attendaient le sourire aux lèvres pour le contrôle. Je me souviens encore de cet enfant qui présentait une plaie de cornée suite à un coup de couteau. Il avait plus peur de la « blanche » que de la douleur. Il avait été tellement courageux pendant l'intervention, sous anesthésie locale bien sûr, chose inenvisageable en France...

C'est sur, tous les contrôles n'étaient pas parfaits, mais toujours mieux qu'avant, et toutes ces interventions ont redonné une autonomie à nos patients, une utilité vitale au village !! Je garderai ancrée cette chaleur humaine que m'ont transmis ces patients, leurs remerciements en « mossi », « peul » ou « français », leur main qui serre la notre sans vouloir la lâcher et leur visage tellement reconnaissant.

Cette expérience m'a permis de découvrir trois collègues extra, dans un pays qui mérite notre aide avec des patients qui ont besoin de nous. Et c'est sûr, je repars l'année prochaine!

Docteur Diane Berheim
Ophtalmologiste



Chirurgie de la cataracte sans suture : principes et étapes

John Sandford-Smith FRCS FRCOphth 14 Morland Avenue, Leicester, LE2 2PE, Royaume-Uni

Introduction

La cataracte est responsable d'environ 50 % des cas de cécité dans le monde. Il est peu probable qu'une prévention efficace se développe dans les prochaines années et la chirurgie restera encore le seul traitement disponible. Les autres causes importantes de cécité dans le monde, comme le trachome, la xérophtalmie et l'onchocercose, sont très souvent combattues par des activités à base communautaire plutôt qu'hospitalière et demandent plus de mesures préventives que curatives. Avec l'allongement de l'espérance de vie, la prévalence de la cécité due à la cataracte ne fera qu'augmenter et, par conséquent, celle-ci demeurera de loin la cause la plus importante de cécité évitable.

Techniques de chirurgie et chirurgiens de la cataracte

Au cours des dix dernières années, les techniques de chirurgie de la cataracte ont énormément évolué dans les pays industrialisés comme dans les pays en développement et cette tendance ne fera sans doute que s'accroître.

La phacoémulsification est pratiquement la seule procédure utilisée de façon standard dans les pays industrialisés. Pour diverses raisons, la plupart des experts des pays en développement ne considèrent pas la phacoémulsification comme LA solution à la cécité par cataracte dans le monde, même si quelques « passionnés de phaco » en sont convaincus.

Dans les pays en développement, un chirurgien de la cataracte efficace doit pratiquer une chirurgie intensive, à coût réduit et avec un faible taux de complications. De nos jours, bien souvent, son choix se porte sur l'extraction de la cataracte sans suture et sans phacoémulsification. Des ophtalmologistes se convertissent peu à peu à cette technique.

Cet article a pour but de décrire les principes de cette technique (il en existe plusieurs variantes), ses avantages et ses inconvénients, ainsi que les conseils pour éviter les erreurs et les complications.

Chirurgie de la cataracte sans suture et sans phacoémulsification

La chirurgie de la cataracte sans suture et sans phacoémulsification comporte trois étapes distinctes :

- L'incision est pratiquée de telle façon qu'elle soit auto étanche et qu'elle évite le plus possible un astigmatisme induit. En même temps, l'incision doit être suffisamment grande pour que l'on puisse extraire le noyau du cristallin en entier.
- Le noyau est ensuite mobilisé à l'intérieur du sac puis dans la chambre antérieure, afin de permettre son extraction.

- Le noyau est ensuite extrait sans léser la cornée ou la capsule postérieure.

1. L'incision

Elle se fait en trois temps : incision de la sclère, dissection du tunnel et ouverture de la chambre antérieure.

(a) L'incision sclérale (Fig. 1)

Mettre en place un fil de traction sur le muscle droit supérieur et désinsérer la conjonctive au limbe. L'incision sclérale est d'une longueur de 8 mm environ et elle est généralement curviligne. Elle peut être légèrement plus petite (6-7 mm), en particulier si le noyau est de petite taille ou si le chirurgien est très habile. Elle peut aussi être plus grande et rester auto étanche. L'incision pénètre à mi-épaisseur dans la sclère et peut être faite au couteau ou avec un fragment de lame de rasoir. Elle passe près du limbe qui est assez vascularisé, par conséquent il faudra dans un premier temps recourir à une légère cautérisation ou diathermie des vaisseaux. Au point le plus proche, l'incision est à 2 mm du limbe. Elle peut également être linéaire plutôt que courbe. Il semble que l'incision courbe entraîne moins d'astigmatisme.

Il n'est pas nécessaire de suturer l'incision car l'éloignement entre les orifices interne et externe (au moins 4 mm) rend la plaie auto étanche lorsque la pression intraoculaire se rétablit. Par conséquent, la taille de l'incision n'a pas vraiment d'importance.

(b) La dissection du tunnel (Fig. 2)

Pour cette étape, la plus cruciale de l'incision, on utilise un couteau type Crescent standard. Ces couteaux sont aisément disponibles depuis le développement de la phacoémulsification et sont généralement à usage unique. Cependant, si l'on prend soin entre chaque patient de désinfecter la lame dans une solution de povidone iodée à 10 % ou de le stériliser à basse température (115°C), un couteau avec son manche reste suffisamment tran-

chant pour servir pour plusieurs patients, voire pour tout un programme opératoire.

Amorcer tout d'abord un plan de clivage à la moitié environ de l'épaisseur de la sclère, puis l'agrandir avec le Crescent par des mouvements circulaires à la fois vers le bas sur 2 mm en cornée claire et latéralement vers les bords de l'incision. Ceci crée un tunnel d'un bord limbique à l'autre, de 10 heures à 2 heures (Fig. 2). Le tunnel doit être assez long et cheminer en cornée claire pour être auto étanche et pour éviter un risque d'hernie de l'iris. Il doit être assez large pour permettre le passage de la totalité du noyau.

(c) L'ouverture de la chambre antérieure (Fig. 3)

On utilise un kératome que l'on peut re-stériliser de la même façon que le couteau Crescent. Dans la mesure où il est beaucoup plus facile et plus sûr d'inciser un œil ferme qu'un œil mou, il est souvent utile, après une première ouverture de la chambre antérieure, de remplir celle-ci avec une solution viscoélastique comme la méthylcellulose. Il est plus facile de pratiquer l'incision avec le côté tranchant du kératome au moment où il pénètre dans l'œil que lorsqu'il en ressort. Un œil ferme diminue également le risque de déchirure de l'épithélium cornéen – qui est une complication possible lorsqu'on perfore la cornée en oblique. Il faut veiller en particulier à ce que l'orifice interne de l'incision dans la chambre antérieure s'étende latéralement d'un bord limbique à l'autre.

Une fois l'orifice interne achevé, beaucoup de chirurgiens utilisent le même kératome pour pratiquer une incision au sommet de la capsule – c'est ce que l'on appelle la technique endocapsulaire. Une variante consiste à utiliser un kystitome mais, dans tous les cas, l'incision de la capsule du cristallin doit être faite d'un bord à l'autre de la pupille et doit être suffisamment grande pour permettre facilement l'extraction du noyau.

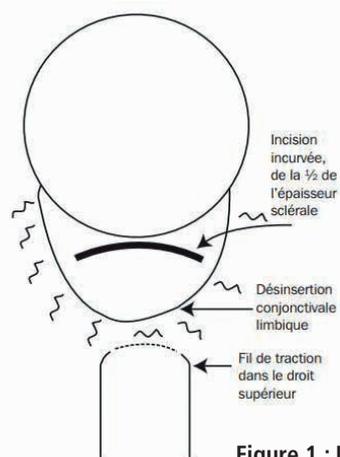


Figure 1 : Incision sclérale

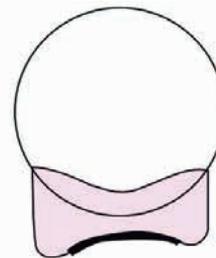


Figure 2 : Tunnel (coloré en rose). Notez sa forme et sa taille.

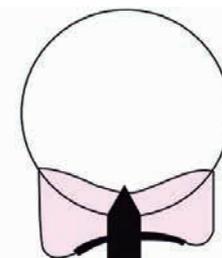


Figure 3 : Ouverture de la chambre



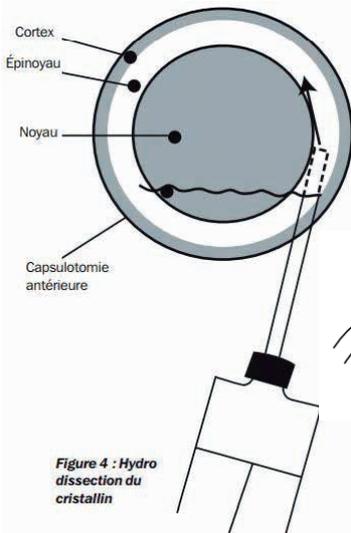


Figure 4 :
Hydrodissection du cristallin

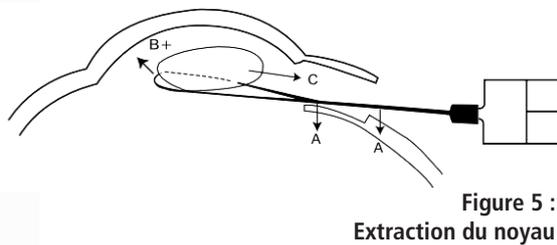


Figure 5 :
Extraction du noyau

2. La mobilisation du noyau

Le noyau doit être mobilisé et amené partiellement ou complètement dans la chambre antérieure. Pour ce faire la pupille doit absolument être bien dilatée.

Quatre conseils pour obtenir une pupille bien dilatée :

1. Utiliser à la fois un parasympatholytique (cyclopentolate par ex.) et un sympathomimétique (phényléphrine à 2,5 % – 10 % par ex.).
2. Instiller le collyre environ une heure avant l'opération. Si la mydriase commence deux ou trois heures avant l'opération, elle risque de se dissiper et la pupille pourrait être moins réactive à un ajout de collyre. Si les gouttes sont instillées seulement quelques minutes avant l'opération, le collyre pourrait ne pas avoir le temps d'agir.
3. Instiller si possible en pré-opératoire un inhibiteur des prostaglandines (kétorolac par ex.). Il ne dilate pas la pupille, mais permet de maintenir la dilatation pendant la durée de l'intervention.
4. Ajouter de l'adrénaline diluée (1 ml d'adrénaline à 1/1 000 dans 500 ml de soluté de Ringer lactate) qui aide également à maintenir la pupille dilatée. Ce mélange est ajouté au liquide de perfusion et au liquide d'irrigation lors de la mobilisation du noyau.

Le noyau cristallinien est mobilisé par hydrodissection ; celle-ci libère le contenu du cristallin de la capsule, de façon à pouvoir passer un instrument sous le noyau sans risque de léser la capsule postérieure. Le mieux est de pousser la canule à travers l'incision de la capsule antérieure, assez profondément dans le cortex et légèrement sur le côté, pour que la pression répande le liquide tout autour du noyau à la fois vers le haut et vers le bas, séparant celui-ci de sa couche externe (Fig. 4). Le noyau doit être mobilisé complètement ou partiellement dans la chambre antérieure, c'est pourquoi il est essentiel que la pupille soit complètement dilatée et que la capsulotomie antérieure ait une taille suffisante.

Lorsque le patient présente un cortex cristallinien assez ferme, de nombreux ophtalmologistes pratiquent une hydrodissection en injectant du liquide immédiatement sous la capsule antérieure afin de séparer le cortex de la capsule. Cela permet de l'enlever plus facilement à un stade ultérieur.

3. L'extraction du noyau

C'est l'étape la plus difficile et la plus cruciale de l'opération, mais si l'incision a été faite correctement, si la pupille est bien dilatée, si le noyau du cristallin est mobile et s'il n'est pas excessivement gros, il ne devrait pas y avoir de problème. Il existe divers instruments pour extraire le noyau. Le plus simple à utiliser est sans doute l'anse d'irrigation. Il est utile d'injecter au préalable une solution viscoélastique, d'une part entre le noyau et l'endothélium cornéen pour protéger ce dernier et, d'autre part, juste en arrière du pôle supérieur du noyau pour aider l'insertion de l'anse en arrière du noyau sans endommager la capsule postérieure. L'œil est ensuite basculé fermement vers le bas par traction sur le fil passé dans le muscle droit supérieur ou à l'aide d'une bonne pince (de type Paufigue ou Pierce). Cela permet à l'anse d'être dans la meilleure position pour ouvrir le tunnel et faciliter la sortie du noyau. L'anse d'irrigation, montée sur une seringue de 5 ml, est alors introduite dans l'œil au travers de l'incision.

L'anse est ensuite avancée de façon à ce que son extrémité soit située juste en dessous du pôle supérieur du noyau (c'est pourquoi il est utile d'injecter au préalable une solution viscoélastique) puis il faut la pousser plus profondément dans l'œil, en arrière du noyau cristallinien. Il peut être utile à ce stade d'injecter très doucement du liquide dans l'anse pour maintenir celle-ci à distance de la capsule postérieure. Une fois que l'extrémité de l'anse a atteint le pôle inférieur du noyau du cristallin, celui-ci peut alors être extrait.

Il est particulièrement important de bien positionner l'anse. Elle doit appuyer vers le bas (Fig. 5) sur le bord postérieur de l'incision (comme le montrent les flèches A). Ceci aide à ouvrir le tunnel. L'anse doit rester juste en arrière du noyau. Il est toujours très tentant de relever le bout de l'anse vers la cornée pour « cueillir » le noyau, mais il faut résister à cette tentation. Ce geste entraînerait en effet un frottement du noyau contre l'endothélium cornéen qui endommagerait irrémédiablement ce dernier. Au contraire, le noyau sortira doucement de l'œil en raison de la pression hydrostatique provoquée par une pression plus forte sur le piston de la seringue (B dans la Fig. 5). Cette action augmente la pression dans la chambre antérieure et

pousse le noyau dans le tunnel (flèche C). Une fois que le noyau est entré dans le tunnel, on retire doucement l'anse tout en maintenant la pression hydrostatique de l'injection (B dans la Fig. 5) ainsi qu'une légère pression vers le bas sur la partie postérieure de l'incision (A dans la Fig. 5). En retirant l'anse doucement, on facilite le passage du noyau dans le tunnel et sa sortie de l'œil. Lorsque le noyau est dans le tunnel et n'est plus dans la chambre antérieure, on peut bien entendu utiliser l'anse pour « cueillir » celui-ci car la pression vers le haut ne peut plus alors endommager l'endothélium cornéen.

Une fois le noyau extrait, l'épinoïde et le cortex sont enlevés par irrigation et aspiration à l'aide d'une canule à double courant de Simcoe.

Fermeture de l'incision

Il n'est pas nécessaire de suturer la sclère. Certains chirurgiens ferment la conjonctive par un point de suture au coin du volet conjonctival.

Problèmes et solutions

1. Le tunnel pénètre dans la chambre antérieure trop près de l'angle irido-cornéen, entraînant une hernie de l'iris à travers l'incision.
2. Le noyau reste en arrière de l'iris ou alors il ne peut absolument pas être mobilisé dans la chambre antérieure.
3. Le noyau est particulièrement gros et dur.

La meilleure solution, dans tous ces cas, est de passer à une extraction extra capsulaire standard avec suture. Il faut élargir l'incision sclérale le long de la zone colorée en rose dans la Figure 2 et la Figure 3. Si nécessaire, élargir l'incision plus encore à l'aide de micro ciseaux ou d'une lame.

Certains chirurgiens habiles segmentent un noyau particulièrement gros en deux ou trois fragments ce qui leur permet d'extraire les gros noyaux en utilisant la technique d'incision sans suture.

Lorsqu'un noyau entre complètement dans le tunnel puis y reste bloqué, on peut employer la manœuvre simple suivante : faire passer un crochet à implant dans le tunnel en avant du noyau puis tourner la pointe du crochet vers le bas dans le corps du noyau. Ceci permet de créer un « sandwich » avec l'anse restée en arrière du noyau et de tirer celui-ci dans le tunnel.

Pour un chirurgien expérimenté, la chirurgie de la cataracte sans suture est une opération rapide et efficace, pouvant être pratiquée sur presque n'importe quel patient. Pour un débutant, cette opération est sans aucun doute plus difficile à pratiquer que l'extraction extra capsulaire standard. Il est préférable d'attendre d'être entièrement sûr de soi en ce qui concerne la chirurgie extra capsulaire de routine, puis de sélectionner les cas où le noyau est assez petit et la pupille bien dilatée. Il est également essentiel d'utiliser un couteau de type Crescent et un kératome très tranchants pour pratiquer l'incision, ainsi qu'une anse d'irrigation de bonne fabrication – de préférence avec plus d'un trou d'irrigation à son extrémité.



[sur le terrain !]

Mission à Boromo

Ma chance...

FÉVRIER
2014



Post opératoire

Je vais vous faire part de l'expérience inoubliable que j'ai vécue en me rendant au Burkina Faso en ce mois de février 2014.

Je me suis lancé dans cette aventure, avec Africa Luz, sans savoir ce qui m'attendait et je dois même avouer avoir ressenti de l'appréhension au départ en découvrant toutes les différences qui existent avec la France.

Mes doutes se sont envolés dès les premiers instants passés avec les personnes que j'ai rencontré: Vincent, Karim, Gustave, Reine, Philippe, Jocelyne... je ne peux pas faire de liste exhaustive mais toutes ont un point commun : L'autre.

J'ai redécouvert quelque chose: prendre soin d'autrui et en faire son but. Ici, il n'est pas question de profit, de performance mais uniquement d'entraide et d'empathie. Je me suis coupé de ce qui me semblait essentiel (internet, téléphone, équipements opératoires) pour me rendre compte que l'on pouvait s'en passer et que le sevrage se faisait même sans douleur! J'ai donné pour titre à mon écrit « ma chance » car là où je croyais apporter du bien-être sans penser recevoir quoique ce soit, on m'a en fait offert plus que je n'aurais cru et c'est enrichi que je suis rentré chez moi.

Docteur Mathieu de Bats
ophtalmologiste



Docteur
Mathieu de Bats

AFRICA LUZ RECRUTE

des ophtalmologistes confirmés

Envoyez vos candidatures à :

Africa Luz - Dr Vincent Philippot
5, rue Chaptal - 34000 Montpellier
Tél. 06 81 15 53 84 - vphilippot@free.fr



[soutenez-
nous!]



Les dons aux associations sont en partie déductibles des impôts :

- > **Pour les particuliers** : 60 % des dons sont défiscalisables dans la limite de 20 % des revenus, avec report des années antérieures.
- > **Pour les entreprises** : les dons ouvrent droit à une réduction d'impôt égale à 60 % de leur montant, dans la limite de 5 % du chiffre d'affaires (CGI, art. 238bis, Loi du 04/08/2008).



Africa Luz a besoin de vous !

En soutenant l'ONG Africa Luz, pour un montant minimum de 50 €, vous recevrez ce magazine avec le résumé de nos missions, nos projets, et surtout, vous nous aiderez à poursuivre nos missions auprès des malvoyants au Burkina Faso. Merci de votre générosité !

Nom : Prénom : Adresse :

Code postal : Ville : Email :

**OUI! Je soutiens les actions d'Africa Luz et je fais un don de € à l'ONG (règlement à l'ordre d'Africa Luz).
Je recevrai le magazine « La Lettre d'Africa Luz » ainsi que le suivi des actions d'Africa Luz.**

À Retourner à : **ONG AFRICA LUZ - SOLIDARITÉ OPHTALMOLOGIQUE INTERNATIONALE**
Docteur Vincent Philippot - 5, rue Chapatal - 34 000 Montpellier
Pantxika Hernandorena - 53, rue Gambetta - 64 500 Saint-Jean-de-Luz
E-mail : africaluz@orange.fr